

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

POUR LE

N^o
61

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean HOCQUARD

Né le 7 Septembre 1889 à Sens (Yonne)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PURPURA VÉSICAL

Président : M. PIERRE DELBET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean HOCQUARD

Né le 7 Septembre 1889 à Sens (Yonne)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PURPURA VÉSICAL



Président : M. PIERRE DELBET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET

	PROFESSEURS.	MM.
Anatomie		NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.		CUNEO
Physiologie		CH. RICHET
Physique Médicale		André BROCA
Chimie organique et Chimie générale		DESGREZ
Bactériologie		BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.		Marcel LABBE
Pathologie médicale		RÉNON
Pathologie chirurgicale		LECENE
Arétiologie pathologique		LETULLE
Histologie		PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.		DUVAL
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		CARNOT
Hygiène		BERNARD
Médecine légale		BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
		ACHARD
		WIDAL
Clinique médicale		GILBERT
		CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance		MARFAN
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux		P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses		TEISSIER
		DELBET
Clinique chirurgicale.		GOSSET
		LEJARS
		HARTMANN
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		LEGUEU
		BAR
Clinique d'accouchements		COUVELAIRE
		BRINDEAU
Clinique gynécologique		J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.		Aug. BROCA
Clinique thérapeutique		VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie		SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIONEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Nous tenons avant tout à remercier Monsieur le professeur Pierre Delbet, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse ; ses cliniques lumineuses de l'hôpital Necker sont restées parmi les meilleurs souvenirs de nos études médicales.

Nous avons voué une profonde reconnaissance à notre maître Monsieur le docteur Lenormant, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux qui fut toujours pour nous, bon et affectueux dans les bonnes comme dans les mauvaises heures.

Nous n'oublierons pas non plus Monsieur le docteur Chevassu, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux, qui depuis les premiers moments de nos études médicales fut pour nous un guide sûr et dévoué, nous voudrions qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre très vif attachement.

Nos remerciements vont aussi à Monsieur le docteur Boppe, professeur à la Faculté de Médecine, pour la bienveillance avec laquelle il nous a donné les matériaux de ce modeste travail.

INTRODUCTION

Les hématuries dues au purpura vésical, objet de cette thèse, rentraient dans le groupe des hématuries dites essentielles jusqu'au moment où Albarran en 1898 et Legueu dans son rapport au Congrès d'Urologie en 1899 en commencèrent le démembrement.

La cystoscopie a joué dans cette classification un rôle prépondérant en permettant de voir et d'individualiser des lésions dont le diagnostic était jusqu'alors impossible.

Le purpura vésical est particulièrement intéressant lorsqu'il existe seul et reste l'unique manifestation purpurique au cours d'un état infectieux : c'est le cas de notre observation originale ; presque toujours il apparaît comme la première manifestation longtemps solitaire d'un purpura généralisé, c'est le cas des observations que nous avons pu trouver dans la littérature médicale.

De cet ensemble de faits nous essaierons de dégager quelques précisions sur l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et l'évolution du purpura vésical.

OBSERVATION ORIGINALE

Hématurie avec lésion de purpura vésical au cours d'une endocardite infectieuse avec néphrite urémigène

H. R. 17 ans, mécanicien, entre le 2 décembre 1920 dans le service du professeur agrégé Chevassu à l'hôpital Cochin.

Dans les premiers jours de novembre 1920 le malade jusqu'alors en parfaite santé faisait sans fatigue son métier d'ajusteur, est pris brusquement dans la nuit d'une sensation de froid avec frissonnement, le lendemain il se sent un peu fatigué, continue néanmoins à travailler, mais le soir est pris à nouveau de frissons ; fatigué, mal à l'aise, sans appétit, il cesse son travail et s'alite ; les symptômes s'accusent, malaise, courbature, anorexie. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital le malade remarque que ses urines deviennent rouges sanglantes ; pendant la durée de cette hématurie douleurs lombaires peu intenses bi-latérales mais particulièrement marquées à gauche en même temps pollakiurie nocturne, quatre à cinq mictions impérieuses et douloureuses, cette hématurie détermine le malade à entrer à l'hôpital.

Lors du premier examen le malade est pâle et semble très fatigué, les urines sont nettement sanglantes dans les trois verres, le dernier peut-être un peu plus teinté ; à la palpation de la région lombaire les reins ne sont pas perçus à gauche, douleur dans l'angle costo-vertébral, avec léger manque de souplesse de la paroi, rien sur le trajet urétéral, rien au toucher rectal, contenu scrotal normal ; l'examen du poumon ne révèle rien de spécial, mais l'examen du cœur montre à la palpation un frémissement cataire et à l'auscultation on entend un souffle systolique apéxien se propageant nettement dans l'aisselle, et à la base un dédoublement peu net du deuxième bruit, température 38°, pouls 90°, rien à signaler dans les antécédents héréditaires, deux frères et une sœur en bonne santé, mère morte de grippe, père bien portant ; dans les antécédents personnels à signaler seulement une rougeole, le malade n'a jamais souffert de rhumatismes ni présenté aucun symptôme fonctionnel de lésion cardiaque.

Le 3 décembre l'examen du sang a montré :

Urée 1 gramme 66.

Polyurie expérimentale Co, 65, 48, 54.

Le 4 décembre examen cystoscopique : Urines nettement sanglantes, capacité 100 cc. Vessie très sensible s'éclaircissant lentement ; on est frappé immédiatement de l'aspect très spécial de la muqueuse vésicale, la vessie apparaît parsemée de grosses taches ecchymotiques rouge sombre de diamètre variable « pièce de 2 francs : lentille », ces taches sont surtout abondantes au niveau du bas fond, il en existe au niveau de chaque meat-urétéral.

Ils apparaissent normaux entourés par la tache, deux ou trois taches plus petites au niveau de la face supérieure de la vessie, chaque tache apparaît comme formée par la confluence d'un picté hémorragique formant par endroit un placard irrégulier, on voit sourdre au niveau de plusieurs taches du bas-fond de fines gouttelettes sanglantes en pluie, entre les taches la muqueuse est normale.

Catéthérisme facile des deux uretères, à droite on s'arrête à cinq centimètres, échantillon d'urine claire, à gauche on monte facilement à 20 centimètres, urine claire, en éjaculation.

L'examen fonctionnel est pratiqué suivant la technique en usage dans le service de Monsieur Chevassu ; une sonde urétérale pour le rein gauche, une sonde vésicale pour le rein droit, pas de polyurie expérimentale ; deux prises sont pratiquées successivement sur chaque rein.

	EAU	
Urine, rein gauche	6,5	9,5
Vessie, rein droit	11 cc.	10 cc.

	URÉE			
	Concentration		Densité	
Urine, rein gauche . . .	11,6	16,36	0,075	0,155
Vessie, rein droit . . .	12,9	15,30	0,132	0,153

L'examen histo-bactériologique des urines séparées montre qu'elles sont aseptiques et non sanglantes, quelques cellules épithéliales. L'examen global des urines montre l'absence de sucre, la présence de trace d'albumine, la recherche des cylindres n'a pas été effectuée.

Le 5 décembre la radiographie montre l'absence de calculs.

Le 7 décembre l'hématurie diminue.

Le 8 décembre les urines sont claires, l'état général semble s'améliorer un peu, mais la température est un peu irrégulière oscillant en 37° et 38,5 ; le malade est au régime lacté.

Le 10 décembre cystoscopie (D^r Chevassu), on retrouve les mêmes taches ecchymotiques mais moins étendues, persistance en particulier des taches péri-urétérales.

Le 11 décembre poussée fébrile en crochet à 40°. Sans symptômes, le malade est plus abattu, somnolent, toujours très pâle et très faible, aucune trace d'œdème, la température tombée à 36,9 le 12 est remontée progressivement pour atteindre 39,7 le 13 au soir. C'est sur le sujet fébrile qu'est fait malgré ces causes d'erreur un nouveau dosage de l'urée sanguine, urée 1 gr. 08.

Le 15 décembre le malade paraissant purement médical est passé en médecine dans le service du professeur Vidal.

(Suite de l'observation due à M. Hutinel, interne du service). A part une extrême faiblesse avec somnolence et anorexie le malade ne présente aucun autre signe d'intoxication azotémique, pas de vomissements, pas de diarrhée, pas d'altération de la vue :

Urée 1 gr. 45, le chiffre des chlorures du sérum est normal 5 gr. 97 au litre, il n'y a pas trace d'œdème, les urines ne contiennent ni albumine ni hématies, quelques globules blancs et des cylindres granuleux, pouls rapide 112-120 régulier mais petit, T M 8, T m. 4 ; la pointe du

cœur bat un peu en dedans du mamelon, souffle systolique apéxien se propageant nettement dans l'aisselle, propagation lointaine de ce souffle vers la clavicule et dans le dos. A la radiographie cœur petit, foie un peu gros débordé un peu les fausses côtes, un peu douloureux à la palpation, rate non perceptible.

Examen du sang :

Anémie notable 3.400.000 globules rouges.

Polyleucocytose 25.206 globules blancs avec polynucléose.

Polynucléaires neutrophiles	88
Eosinophiles	0
Grands mononucléaires	2
Mononucléaires moyens.	6
Mononucléaires petits	4
Hémoculture négative.	

Affaiblissement progressif et mort le 1^{er} janvier.

Le malade n'a plus jamais présenté de sang dans ses urines, la température a oscillé entre 38 et 39°, la courbe des urines s'est maintenue aux environs de 2.000 jusqu'au 26 décembre tombant rapidement à 1000 et à 250 le 25 et le 30 décembre.

Examen nécropsique :

Liquide dans le péricarde. Végétations friables sur la valvule mitrale surtout localisées en un point. Embolie dans la rate ; gros rein pâle ; tous les autres organes normaux.

CHAPITRE I^{er}

A. — ETIOLOGIE

Le purpura vésical paraît toujours être secondaire à une maladie infectieuse quelconque.

Si nous analysons les observations que nous avons pu retrouver dans la littérature médicale nous constatons que deux fois une endocardite infectieuse a été la cause évidente de manifestations purpuriques, une autre fois on retrouve dans les antécédents du malade une ostéomyélite et dans une autre observation une histoire assez floue d'ailleurs de suppuration de l'urètre, une fois aussi une maladie de Werlof a pu être incriminée ; (observation de Bidd), il faut en outre noter que presque toujours l'apparition de l'hématurie est précédée de prodromes infectieux, frissons avec ascension thermique.

Dans les observations où une cause infectieuse nette, précédant l'hématurie n'a pu être retrouvée l'auteur incrimine presque toujours une origine amygdalienne.

Une cause adjuvante paraît également assez nette c'est

celle des altérations du rein ; dans notre observation originale nous trouvons une néphrite urémigène ; dans l'observation de Weil G. L. and Mac Means J. W. le protocole d'autopsie fait état d'altération rénale ; dans l'observation de Bœckel, de Strasbourg, nous trouvons une pyélite thyphoïdique, et dans plusieurs autres observations un rein, ou quelquefois même les deux se sont montrés douloureux à la palpation, laissant même supposer à l'observateur avant toute cystoscopie que l'origine de l'hématurie aurait très bien pu être rénale.

Nous pouvons donc conclure de cet ensemble que le purpura vésical est généralement un purpura secondaire et que les altérations rénales concomitantes semblent devoir jouer, dans son apparition un certain rôle.

B. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions du purpura vésical sont difficiles à saisir, ce sont des lésions essentiellement temporaires comme les examens cystoscopiques répétés l'ont montrées ; lorsque la mort a surpris le malade en pleine évolution de ses lésions vésicales les protocoles d'autopsie sont rares, nous n'en possédons qu'un assez complet, celui de Weil and Mac Means faisant état des lésions vésicales.

Au niveau des taches purpuriques les vaisseaux offrent

des lésions d'endo et de périartérite, des globules sanguins sont épanchés tout autour d'eux.

Il faut noter aussi les altérations du sang qui bien qu'inconstantes semblent jouer un rôle très important dans l'abondance et la fréquence des hématuries.

CHAPITRE II

LES SYMPTOMES

Les douleurs.

Les hématuries semblent généralement être précédées de douleurs plus ou moins vives dans la région lombaire ; elles sont signalées dans notre observation originale et dans l'observation de Kretschmer, ou dans la région iliaque comme dans l'observation de Ridd.

Les mictions sont fréquemment impérieuses et douloureuses ; quant aux phénomènes cystalgiques ils ne paraissent pas être d'une très grande fréquence, lorsqu'ils existent ils semblent dus au fonctionnement du réservoir vésical ulcéré.

Il ne semble pas y avoir en général de diminution de la capacité vésicale.

L'hématurie.

L'hématurie qui est le gros symptôme attirant particulièrement l'attention du malade est une hématurie d'abondance et de fréquence variables (observation de

Ridd, observation personnelle), elle est comme nous l'avons vu, accompagnée de douleurs plus ou moins vives, elle n'est influencée ni par le repos ni par le mouvement ; bien que teintant complètement la miction elle a une prédominance terminale (observation personnelle, observation de Nelson). Son origine est dans l'exudation sanglante qui se fait au niveau des taches purpuriques comme l'examen cystoscopique a permis de le saisir dans l'observation que nous avons rapportée. Il faut noter que les lésions du purpura vésical peuvent persister encore un certain temps après la disparition de toute hématurie ; dans l'observation que nous avons rapportée les hématuries avaient cessé lors du dernier examen cystoscopique qui cependant a révélé des lésions de la muqueuse, bien que moins abondantes qu'au premier examen, étaient néanmoins nettement caractérisées.

Examen cystoscopique.

L'examen cystoscopique qui constitue d'ailleurs l'élément fondamental du diagnostic montre que le purpura vésical, comme toutes les autres manifestations purpuriques, peut se présenter à l'observation sous trois aspects :

1° Les ecchymoses qui forment des plaques étendues se montrant à une analyse plus détaillée constituée par de très nombreuses petites taches de couleur rouge vif plus ou moins foncées, quelquefois grises ou gris violet (ob. de Villemin), très rapprochées les unes des autres mais pas confluentes.

2° Des pétéchie, taches ponctiformes régulièrement arrondies et disséminées sans ordre et de diamètre variable.

3° Des vibrices, des stries, des raies hémorragiques. Dans son observation Villemin signale des taches en forme de sablier renversé qui peuvent rentrer dans cette dernière catégorie.

Il n'y a pas de réaction inflammatoire autour des taches, la muqueuse vésicale reste normale et conserve son éclat.

Les taches purpuriques paraissent se localiser plus particulièrement dans les parois latérales, le bas fond et la région du trigone, la paroi postérieure de la vessie.

Une localisation paraît également assez constante c'est celle de taches entourant les méats-urétéraux qui d'ailleurs donnent une éjaculation claire « observation personnelle et observation de Kretschmer ».

CHAPITRE III

A. — LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic du purpura vésical était impossible avant la découverte de la cystoscopie ; on ne pouvait pas distinguer cette hématurie vésicale des hématuries de même provenance, seule la vision directe des lésions permet d'en connaître la nature et même d'en suspecter l'origine en l'absence de toute autre manifestation de purpura ; la forme caractéristique des taches, leur coloration, l'absence de réaction de la muqueuse vésicale, l'éjaculation normale des uretères font porter à coup sûr le diagnostic d'hématurie vésicale, d'origine purpurique.

B. — LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

Le purpura vésical étant un purpura secondaire, qu'il soit essentiel ou qu'il apparaisse comme localisation au cours d'un purpura généralisé son pronostic est celui

de l'affection causale ; l'hématurie est cependant un facteur assez important d'anémie, 3.400.000 globules rouges dans le cas personnel moins de 100.000 hémato-blastes de Hayem dans le cas de Villemin et d'asthénie générale ; d'autre part l'importance pronostique de purpura vésical comme celle de tous les autres purpuras est surtout tirée de ce fait, qu'apparaissant au cours d'un processus infectieux il en dénonce la gravité car il traduit extérieurement des lésions viscérales sérieuses et en particulier des lésions hépatiques.

Quant à son évolution le purpura vésical évolue généralement par poussées intermittentes ; son évolution normale est la guérison avec restitution complète de la muqueuse vésicale dans son intégrité, comme le montrent les examens cystoscopiques qui ont été pratiqués après la cessation des hématuries.

OBSERVATIONS

Obs. I — Walsh J. C. CYSTOSCOPES FINDINGS IN A CASE OF PURPURA HÉMORRHAGICA (*Annals of surgery*, sept. 1913. T. 27, p. 3).

24 janvier 1913, femme de 23 ans, la deuxième de cinq enfants, pas d'antécédents.

Il se manifeste une hématurie intermittente, l'urine présentant pendant quelques jours du sang. En association : légère cystite qui disparaît en même temps que l'hématurie.

Comme l'hématurie avait duré plusieurs semaines la patiente perdit rapidement du poids et des forces ; nausées et céphalée par moment de la dyspnée. Anémie et nervosité très marquées.

On entend au cœur un souffle anémique et de l'œdème des membres inférieurs apparaît.

Le 12 novembre 1912 l'examen des urines est négatif à part une petite quantité de sucre.

Le 18 décembre absence de sucre mais grande quantité de sang dans l'urine.

Le 22 décembre rien dans les urines.

Du 22 décembre au 27 janvier 1913, la malade se déprime rapidement et l'hématurie est presque continue.

La palpation abdominale est négative à part une zone sensible de l'hypocondre droit ; la sensibilité était d'autant plus marquée que la pression était bi-manuelle : lorsqu'une main palpitait la région dorso-lombaire et l'autre était juste au-dessus du bord hépatique en avant ; le rein droit paraissant sensible on pense à une hématurie d'origine rénale.

Cystoscopie. — 18 février 1913. — Etat empiré. Cystoscopie sous anesthésie. La capacité de la vessie est normale ; mais sa muqueuse surtout celle du fond et des parois est parsemée de zones hémorragiques qui à ce moment ne saignent pas mais présentent les traces d'une hémorragie récente.

L'urine prélevée quelques heures auparavant ne contenait pas de sang microscopiquement.

On place des cathéthères dans les deux uretères, l'urine qui s'en écoule est parfaitement normale et il devient évident que la source sanguine se trouve dans les taches hémorragiques de la muqueuse vésicale.

Le 2 février la malade avait présenté des hémorragies purpuriques cutanées, les taches allant de la dimension d'un pois au diamètre d'un cent.

Malgré un traitement approprié et la transfusion du sang la malade succombe d'épuisement le 18 février 1913.

Obs. II. — Nelson A. W. PURPURA RHUMATICA ASSOCIATED WITH GEMITO-URINARY LESIONS (*Lancet Clinics* 1914, CXII 560-562).

Homme de 36 ans. Les troubles ont débuté par une suppuration de l'urètre ayant duré 3 à 4 jours. Puis l'écoulement prit un caractère sanguin.

L'examen urétroscopique montre une légère congestion de la muqueuse sur toute la longueur de l'urètre.

Dans la première partie du canal il y avait de petites ouvertures saignantes de la dimension d'une tête d'épingle et une papule de la dimension d'un pois entourée par quelques capillaires dilatés sur les lèvres du méat.

Cystoscopie. — L'examen cystoscopique montre une hyperémie du trigone, des taches ponctiformes et des capillaires dilatés à l'orifice urétral interne (Vésical) qui explique l'hématurie terminale.

Le reste de la vessie paraît normal.

Obs. III. — Ridd (*Annals of Surgery*, 1913, vr. 383).

L'auteur rapporte un cas de purpura de la vessie chez une fillette de 12 ans.

Le début fut caractérisé par une envie intense de miction et une violente douleur dans la région iliaque gauche ; la patiente avait la bouche sèche quelques jours avant l'apparition de l'hématurie.

Cystoscopie. — Le fond et le trigone vésical étaient parsemés de taches d'hémorragie sous muqueuse allant de la dimension d'une tête d'épingle à une pièce de six pence.

L'auteur croit que dans son cas il s'agissait d'un purpura secondaire limité à la vessie et provenant d'une infection bactérienne des amygdales, aussi est-il possible de considérer ce cas comme étant du purpura de Werlhof.

Obs. IV. — Kretschmer H. L. HÉMATURIA AND PURPURA. (*The surgical Clinics, of Chicago*, 1918. T. 2. P. 185).

Entre à l'hôpital en septembre 1917 pour une hématurie indolore. Deux ans auparavant opéré pour une ostéomyélite. L'été précédent éruption sur les jambes diagnostiquée urticaire qui disparaît en trois ou quatre jours et fut suivie d'hématuries qui à son tour, disparaît en une semaine.

Depuis le malade eut 4 à 5 attaques identiques accompagnées d'hématurie.

Depuis le 3 septembre il a du sang dans l'urine continuellement; le 5 sensation douloureuse en urinant, pour la première fois il note des douleurs sourdes localisées dans les lombes, nausées toute la journée, vomissements et un peu de fièvre avec céphalée frontale intense, grande faiblesse, douleurs d'estomac.

Pas d'œdème, douleur d'estomac, vomissait fréquemment avant son entrée à l'hôpital, appétit, sommeil conservés, aucune garde robe régulière, gorge sèche, pas de toux ou de sueurs nocturnes. Examen : cœur et poumon normaux. Foie augmenté ; rate et rein gauche non palpables, rein droit douloureux à la palpation légère douleur à la percussion de ces organes. Quatre jours après son entrée survient un exanthème discret, rose,

maculo-papulaire mais confluent sur le tiers antérieur de chaque jambe avec démangeaisons tendant à disparaître quand le malade avait chaud et à réapparaître quand il avait froid.

Le 19 septembre surviennent des taches purpuriques sur les deux malléoles du pied gauche, quelques taches sur le dos du pied et les orteils.

L'examen du sang et de l'urine ne montre rien d'anormal.

Cystoscopie. — Quelques taches de la dimension d'une tête d'épingle à un cent. de diamètre d'hémorragies sous muqueuses, à la base et au sommet de la vessie. Quelques zones d'ecchymoses furent trouvées également autour et en avant de l'orifice urétérale gauche.

Le cathétérisme des deux uretères n'a rien donné d'anormal. Toutes les cultures stériles. La radiographie négative.

Obs. V. — Weil G. L. and Mac Means J. W. PURPURA ASSOCIATED WITH BACILLUS MUCOSUS IN THE HOOD.

Autopsie. — A l'autopsie du cas de purpura de ces auteurs la vessie était petite, les parois quelque peu épaissies et la muqueuse parsemée de foyers hémorragiques rouge vif, la plupart de la dimension d'une tête d'épingle.

A la surface des reins, il y avait de nombreuses petites surfaces grisâtres, de la dimension d'une tête d'épingle.

Au rein gauche il y avait une zone jaune entourée par

une zone hémorragique; la corticale et le médullaire mal délimités.

Obs. VI. — UN CAS DE PURPURA VÉSICAL.

M. Villemin, de Nice, rapporte le cas d'une femme de 50 ans atteinte depuis une trentaine d'années de *crise de cystalgie* se reproduisant à intervalles assez éloignés.

Ces crises se caractérisent par des douleurs et des hématuries terminales.

A la cystoscopie la vessie était normale, sauf dans la partie latérale droit où l'on apercevait 5 à 6 taches grises ou gris violet assez régulièrement arrondies et non confluentes, deux à forme de sablier renversé. Le diagnostic de purpura vésical ne devint évident qu'une trentaine de jours après lors de l'apparition de taches discrètes sur les membres inférieurs de l'abdomen.

Une analyse de sang montra que le nombre des hémato blasts de Hayem était tombé de 250.000, chiffre normal, à moins de 100.000 par millimètre cube.

Il est probable que ce syndrome était en cause lors des crises survenues au cours des 30 précédentes années.

Obs. VII.— M. Bœckel, de Strasbourg, a observé un cas de *purpura vésical* chez une jeune fille de 20 ans atteinte de *pyélite thyphoïdite*. Quelques jours après des taches purpuriques apparurent sur les membres inférieurs. Une cystoscopie pratiquée 3 semaines plus tard permit de constater le retour à la normale de la muqueuse vésicale.

Obs. VIII. — Pegge and Pye Smith. DISEASES OF THE HOOD, PURPURA. (*Test books of medicine*, Vol. 2. P. 800).

Dans un cas du docteur Hale While, un homme âgé est mort subitement d'apoplexie après une semaine de purpura.

Autopsie. — Il y avait des ecchymoses étendues sur tout le corps et les muqueuses particulièrement la bouche, l'œsophage, l'estomac, et la vessie, tandis que les poumons étaient à peu près intacts malgré que la trachée présentait de nombreuses pétéchies.

Parmi les viscères solides, le rein seul était hémorragique, le sang était également épanché dans le péricarde. Finalement il y avait une extravasation étendue de sang dans le cerveau dont les ventricules étaient remplis.

En somme, purpura vésical au cours d'un purpura généralisé.

Obs. IX. — Elliott A. F. PURPURA ACCOMPANIED BY-ARTHRITIS AND VISCERAL LESIONS. (*Brit. med.* 1916. P. 910).

Garçon de 6 ans. Début par de la gorge sèche et douleur dans le coude droit qui se tuméfie, les amygdales volumineuses et enflammées, la langue blanche et chargée, le cœur normal.

Puis, le jour suivant les deux coudes se tuméfient et sont douloureux, apparition de taches purpuriques sur les jambes et sur les cuisses. Disparition des symptômes du côté de la gorge, de même disparition de l'œdème des coudes remplacé par des taches ; les cou-de-pieds tuméfiés et douloureux, urines normales.

18 novembre. — Cinq jours après, tuméfaction de l'oreille gauche, diarrhée, vomissements, hématomèse, épistaxis, œdème de la paupière droite, *l'urine contient un peu d'albumine et du sang.*

Le 5 décembre l'urine contient une grande quantité de sang et d'albumine ; œdème considérable des pieds, du scrotum et de la face.

10 janvier 1906. — Exanthème bronzé avec taches de purpura, œdème marqué des membres du thorax et de la face.

10 février. — Deux convulsions méningées.

16 février. — Mort.

On n'avait jamais rien constaté au cœur.

CONCLUSIONS

1° Il n'est pas possible d'établir un diagnostic précis sur l'origine d'une hématurie sans examen cystoscopique ; si au cours d'une hématurie l'examen cystoscopique révèle les lésions précédemment décrites, le diagnostic de purpura vésical s'impose par le fait même des manifestations exanthématiques caractéristiques en l'absence de tout autre symptôme :

C'est un purpura essentiel (ce qui est rare).

2° Le purpura vésical semble être toujours secondaire à une manifestation infectieuse quelconque : endocardite, néphrite, etc.

3° Quand au cours d'un purpura cutané, le malade urine du sang, on doit toujours faire l'examen cystoscopique qui peut révéler des lésions de purpura vésical.

4° Le purpura vésical ne semble pas comporter un

pronostic spécial, il comporte le même pronostic que la maladie causale.

5° Après guérison du purpura vésical il semble y avoir *restitutio ad integrum* de la vessie comme en font foi les examens cystoscopiques.



Vu, le Doyen,

H. ROGER

Vu, le Président,

P. DELBET

Vu et permis d'imprimer. :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

LEGUEU. — *Traité chirurgical d'urologie*, 2^e édition, tome II, pages 197 et 317.

BÖCKEL (de Strasbourg). — Compte-rendu du 16^e congrès de l'association française d'urologie (*Presse Médicale*, n^o 29, octobre 1921).

VILLEMEN (de Nice). — Compte-rendu du 16^e congrès de l'association française d'urologie (*Presse Médicale* du 29 octobre 1921).

PLAUTIER. — Hématuries graves au cours du purpura chez une fillette de 12 ans guérie par l'émétine. (*Bull. méd. de l'Algérie*. Alger 1914, XXV, p. 220).

WALSCH F. C. — Cystoscopy Findings in a case of purpura hémorrhagica. (*Annals of surgery* New York, 1913, XXVII, p. 332).

LAVALLEE A. — Des accidents au cours du purpura. (*Thèse Paris*, 1911).

WEBER F. P. — Chronic purpura of two years duration connected with malignant endocarditis, érongly supposed to be connected with anemia. (*Brit. Dermat.* London, 1910, XXII, p. 37-43).

NOBÉCOURT. — Les accidents aux cours des purpuras. (*Rev. prat. d'Obst. et de Gynec.*, Paris 1910, p. 176, 186.

RIDD. — Annals of surgery, 1913, LVIII, p. 383.

NELSON A. W. — Purpura associated with genito-urinary lesions (*Lancet clinics*, 1914, CXX, p. 560-562).

WEIL AND MAC MEANS. — Purpura associated with bacillus mucosus in the blood. (*Infect. Diseases*, 1914, XV, p. 157-158).

FAGGAND PYE SMITH. — Purpura. (*Test. book of Medicine*, Vol. II, 1902, p. 800.

BRUNICÉE. — Purpura endocarditis Embore. Proëtréant élin. 189, p. 109-111.

ELLIOTT. A. — Purpura accompanied by arthritis and viscéral lesio. (*Brit. M.*, 1916, p. 20).

ODDO OLIVER. — Purpuras et affections viscérales (*Arch. Gén. de Méd.* Paris, 1900. (*Marseille Méd.* 1900, XXXVII, p. 107-113).

SWARTZ H. J. — A case of purpura with visceral crisis and renal involvement. (*Cornill. Unid Méd. coll. dispensary*, N. Y., 1905, p. 26-31.

Weber F. P. — Notes on a case of purpura with remarks on the nature and visceral complications of cases of purpura. (*Brit. T. Dermat*, London, 1900, XII, p. 77-83.

KRETSCHMER H. L. — Hématuria and purpura. (*Sing. Clin. Chicago*, Philad., 1918, II, p. 1185-1215).

HANIGAN A. H. — The visceral of purpura hémorrhagica and acute articulare rhumatism. (*Med. rec. N. Y.*, 1918, XCIII, p. 1033).

NELSON S. V. — Purpura rheumatica associated with

genito urinary lesio. (*Lancet clinic.* 1914, CXII, p. 560-562).

LEGAGNI. — Sulla purpura abdominale d'Henoc. (*Riv. di clin. pediat. Firenze*, 1915, XIII, p. 252-263).

BLUM V. — Über purpura visicæ und deren Folgezustände (ulcus simplex vesicæ pepticum). (*Verb. d. deutsch gesllesch. F. Vrat.* 1913, Berlin, Leipzig, 1914, IV, p. 312-325).

OSLER. — W. the vesical lesions of purpuras and allied conditions (*Brit. Med. London*, 1914, I, p. 517-525).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT PROPOS	3
Introduction	5
Observation originale	6
Chapitre premier. — Étiologie et anatomie pathologique..	12
Chapitre II. — Symptômes	14
Chapitre III. — Diagnostic, pronostic et évolution.....	17
Observations.....	19
Conclusions.....	27
Bibliographie	29



